

PROCURAÇÃO

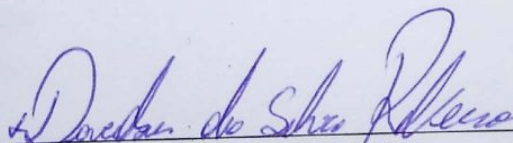
OUTORGANTE: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSÃO: DESEMPREGADO **CPF:** 053.268.204-12
ENDEREÇO: RUA BOA ESPERANÇA, 351, SUP-A
BAIRRO: NOSSA SENHORA DO O **CEP:** 53.431-305
CIDADE: PAULISTA **UF:** PERNAMBUCO.

OUTORGADOS: **KLEITON DO NASCIMENTO ANDRADE**, CPF/MF082.419.264-80 e OAB/PE 45.895, e **ALEXSANDRO SILVA DE SANTANA**, CPF/MF067.958.064-64, e OAB/PE 49.091, ambos com endereço profissional na Rua Marino de Melo Berenguer, número 37, Bairro de Casa Amarela, Cidade do Recife, Estado de Pernambuco.

PODERES: Poderes geral para o foro, especialmente para a defesa dos interesses do(a) Outorgante no ajuizamento e acompanhamento de ações, bem como para habilitação em ações contra o(a) Outorgante, podendo os Outorgados apresentar contestação e praticar todos os demais atos necessários à defesa de seus interesses, podendo ainda os Outorgados agindo em conjunto ou separadamente, em qualquer instância ou grau de jurisdição a tudo requerer, inclusive transigir, desistir, receber, dar quitação, firmar, compromisso e substabelecer com ou sem reservas, praticando todo e qualquer ato, por mais específico que seja necessário ao fiel cumprimento do presente.

DECLARAÇÃO: O(A) outorgante **DECLARA**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950.

PAULISTA, 12 de FEVEREIRO de 2019



OUTORGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6965491 SDS PE

CPF

053.268.204-12

DATA NASCIMENTO

05/03/1984

FILIAÇÃO

DAVI LOPES RIBEIRO

MARLEIDE RODRIGUES DA
SILVA RIBEIRO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO

05139807137

VALIDADE

06/09/2015

1ª HABILITAÇÃO

11/02/2011

OBSERVAÇÕES

A

Exerce Ativ Remunerada

Davidson da Silva Ribeiro

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO

19/03/2012

W. S. A. P. P.

ASSINATURA DO EMISSOR

84781540146

PE045974268

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

481220713

PROIBIDO PLASTIFICAR

481220713

Scanned by CamScanner

Nome do Cliente: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Endereço da Unidade: RUA BOA ESPERANCA,351 Sup.: --A
N SA DO O - PAULISTA

Data: 02.10.2018

Prezado(a) Cliente:

Informamos o **DESLIGAMENTO DEFINITIVO ADMINISTRATIVO** referente ao contrato de fornecimento nº 11717147

Para solicitar a reativação do fornecimento de Energia Elétrica, regularize seu débito e acesse a sua Agência Virtual (www.celpe.com.br) ou, se preferir, procure uma das Agências de Atendimento da CELPE ou Postos Credenciados CELPE Serviços.

Cordialmente,

Companhia Energética de Pernambuco



**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 05.10.2017
EM: 05.10.2017

Atendendo ao requerimento do Sr., **DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**, RG Nº 6.965.491 - SDS - PE, CPF Nº 053.268.204-12, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S - 386171, do dia **27 de setembro de 2017**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 08hs e 18min, vítima de colisão de bicicleta x automóvel, na Av. Brasil, S/N, Maranguape - Paulista, nas proximidades da Igreja Batista, sendo em seguida removido para a UPA de Olinda.

Jeane Andréa da Silva
Jeane Andréa da Silva
COREN 172162
Coordenadora de Enfermagem
SAMU-Paulista MAT. 60850

Jeane Andréa da Silva
Enfermeira
COREN-PE 172162

Av. Antônio Cabral de Souza nº810, Maranguape I CEP 53421-420 - Paulista/PE.



Atendimento: **1197443**

Senha da Classificação:

0069

Data e Hora: **27/09/2017 08:59**

Paciente: **296535 DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social :

Data do Nascimento: **05/03/1984** Idade: **33 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEI** Nome do Pai:

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

CRM: **1234567**

Endereço: **BOA ESPERANCA CASA A --**

351

Bairro: **NOSSA SENHORA DO O**

Cidade/UF: **PAULISTA**

PE

Cep: **53431180**

Usuário Atendimento: **SHIRLENESS**

RG (identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: **84548376**

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTC

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente trouxe dor pelo sono intenso de cabeça com xibulho
no lado esquerdo, após período de convulsão, referiu dor no ombro direito.
nao houve nenhum outro sintoma relevante.

Exame Fisico

dor a esquerda do ADM. e no abd.
Cota. exp. no. e per. no. epiderm.

Hipotese Diagnostico

convulsão o-bid. dir. (050106010-01)

Conduta Terapeutica

solução de

Prescrição Médica

- Tiole
- Tramadol 50mg IFA + 100mg STOR. 8h. EU.
- Cetoprofeno 100mg. IM.
- Selo Amarelo

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Transferido:

Para: **KOF.**

Senha: **526889**

Sérgio Paulo G. Andrade
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 358.454

Carimbo/Médico



1197443

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA** 5264859
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: PAC. 296536 - DAVIDEON DA SILVA RIBEIRO Idade: 33
Sexo: M (x) F () Profissão: Mãe MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEIRO Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: PAC. 54 - DC

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: PACIENTE VITIMA de acidente com o veículo
após queda de construção por um dos lados.
Hipótese Diagnóstica: Fratura de escápula direita.

AVALIAÇÃO CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Ritmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

OTAVIO DE FREITAS

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

27/09/2017 11:45

Nome Paciente: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Cód. Paciente: 1042229
Data de Nascimento: 05/03/1984
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: FN0025
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 690661



27/09/2017 11:45 - ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA - COREN: 94448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA. SOFREU QUEDA DE BICICLETA APOS COLISAO CO CARRO HOJE DE MANHA. TRAUMA EM MSD. QUEIXA DE DOR.

Observação:

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA
Data: 27/09/2017 11:45



INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado DANIELSON DO NUNO
ALVES

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico FRATURA DE ESCÁPULA D.

d) Tratamento
CONSERVADOR

Deverá retomar ao Ambulatório de: _____
Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOF
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

27/09/17
LOCALIDADE/DATA

27/09/17
Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 28
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 80.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF



RECEITUÁRIO/MÉDICO

Demora 5. Biotina
Bata das de cast
e bônus 10, em tra-
tamento a base de
hina algarva.

3521

2-5-18

Dr. Rinaldo Lucena
Cirurgião do Ombro
CRM 111121FE

Assinatura e CRM do(a) médico(a)

RECEITUÁRIO/MÉDICO

Demora 5. Biotina
Hn - Fm - Entopacta

do binaet

2-5-18

Dr. Rinaldo Lucena
Cirurgião do Ombro
CRM 111121FE

Assinatura e CRM do(a) médico(a)

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO

Nº Sinistro 3180008789

Vítima: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180008789**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **27/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00173/00174 - carta_05 - INVALIDEZ



Carta nº 12210393

